# Синдром Мэллори-Вейсса (желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K22.6 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО"

Синдром Мэллори–Вейсса — острые линейные разрывы слизистой брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка при рецидивирующей рвоте, сопровождающиеся кровотечением. Главное в рекомендации — быстро распознать кровотечение из верхних отделов ЖКТ, выполнить ЭГДС в первые часы, оценить тяжесть кровопотери и при необходимости провести эндоскопический гемостаз и интенсивную терапию.

## Главное

- Типичный пусковой механизм — многократная или сильная рвота с ростом внутрижелудочного/внутрибрюшного давления; среди причин и факторов риска указаны алкоголизм, булимия, ГЭРБ, беременность, болезни верхних отделов ЖКТ, ацетилсалициловая кислота, эндоскопические манипуляции и введение желудочного зонда.
- Клиника: кровавая рвота от прожилок до массивного кровотечения, возможны мелена и при быстрой массивной кровопотере гематохезия; признаки кровопотери — слабость, головокружение, обморок, холодный пот, гипотензия, тахикардия.
- Диагноз ставят по сочетанию клиники кровопотери, анамнеза, лабораторных данных и подтверждения разрыва пищевода и/или желудка при ЭГДС.
- ЭГДС показана всем пациентам с подозрением на кровотечение при СМВ при отсутствии противопоказаний; при остром кровотечении из верхних отделов ЖКТ её выполняют экстренно, в течение 2 часов от госпитализации, под седацией и мониторингом, параллельно инфузионно-трансфузионной терапии. УУР С, УДД 5.
- Продолжающееся кровотечение из разрывов пищевода/желудка — показание к эндоскопическому гемостазу. УУР В, УДД 1; при остановившемся кровотечении рутинная эндоскопическая профилактика рецидива не нужна. УУР С, УДД 5.
- Гемотрансфузию проводят при Hb < 70 г/л; при кардиоваскулярных заболеваниях порог может быть выше — 90 г/л. УУР С, УДД 5.

## Диагностика

1. На поступлении собрать жалобы и анамнез без задержки неотложной помощи: время начала, обморок/предобморок, эпизоды кровавой рвоты, объём и вид крови, сгустки или «кофейная гуща», частота мелены; уточнить тяжёлые сопутствующие болезни и приём антитромботических средств. УУР С, УДД 5.
2. Пациента с подозрением на СМВ в приёмном отделении должен осмотреть хирург для подтверждения/исключения диагноза и выбора тактики. УУР С, УДД 5.
3. Физикально оценить основные системы, признаки массивной кровопотери и обязательно выполнить пальцевое ректальное исследование. УУР С, УДД 5.
4. Экстренно выполнить лабораторный минимум: группа крови и резус-фактор, клинический анализ крови, электролиты, КОС и газы крови, осмолярность, мочевина, креатинин, ПВ/МНО, фибриноген, глюкоза, общий белок, альбумин, билирубин, АЛТ, АСТ; помнить, что в первые часы Hb, эритроциты и гематокрит могут снижаться незначительно.
5. Оценить тяжесть кровопотери по классификации А.И. Горбашко, шкале ACS и шоковому индексу; риск рецидива — по клинико-эндоскопическим данным, при необходимости с AIMS65, Glasgow-Blatchford и Rockall. Для шкал тяжести и шокового индекса: УУР С, УДД 5; для риска рецидива: УУР С, УДД 4.
6. Перед ЭГДС выполнить зондирование и промывание желудка; если желудок плохо очищается, возможен парентеральный эритромицин 200 мг однократно для стимуляции моторики. УУР С, УДД 5.
7. Всем пациентам с СМВ выполнить диагностику H. pylori для решения вопроса об эрадикации: 13С-уреазный дыхательный тест, антиген в кале или при ЭГДС быстрый уреазный тест. УУР А, УДД 1.

## Лечение

- При признаках кровотечения из верхних отделов ЖКТ интенсивную терапию начинают немедленно на догоспитальном этапе и/или при поступлении. УУР С, УДД 4.
- При клинике кровотечения при СМВ при поступлении вводят ингибиторы протонного насоса парентерально; это не должно задерживать ЭГДС. УУР В, УДД 1.
- При нестабильной гемодинамике восполнение ОЦК начинают со сбалансированных солевых растворов. УУР С, УДД 5; при немассивной кровопотере инфузионно-трансфузионная тактика рестриктивная. УУР С, УДД 5.
- При массивной кровопотере поддерживают тромбоциты >50×10⁹/л; свежезамороженную плазму переливают при гипокоагуляции и продолжающемся кровотечении или высоком риске его возобновления. УУР С, УДД 5 и УУР С, УДД 4 соответственно.
- При выраженной гипоперфузии используют норэпинефрин и эпинефрин для поддержания перфузионного давления; эти препараты также допустимы при снижении сократительной функции сердца. УУР С, УДД 5.
- Эндоскопический гемостаз выполняют при продолжающемся кровотечении в течение 2 часов от госпитализации; оптимально сочетать инъекционный метод с термическим воздействием или клипированием, поскольку инъекционная монотерапия недостаточно эффективна.
- После эндоскопической остановки/профилактики кровотечения при высоком риске рецидива вводят ИПН: пример — эзомепразол 80 мг внутривенно болюсно, затем 8 мг/ч непрерывно 72 часа. УУР А, УДД 1; переход на пероральные формы — через 72 часа.
- Диета: 5–6 небольших приёмов пищи в сутки, механическое, термическое и химическое щажение; исключить бульоны, жареное, острое, копчёности, консервы, специи, соленья, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые. УУР С, УДД 5.

## Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при любых признаках пищеводно-желудочного кровотечения.
- На поступлении стратифицировать тяжесть и риск летального исхода; при тяжёлом кровотечении решать вопрос о госпитализации или переводе в ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- Повторную ЭГДС выполнять не рутинно, а при неполноценном первичном осмотре или рецидиве кровотечения; при неполном осмотре — в ближайшие часы после первой ЭГДС. УУР В, УДД 1.
- При неоднократных рецидивах, резистентных к эндоскопическому и медикаментозному гемостазу, рассмотреть эндоваскулярную эмболизацию артерий желудка как альтернативу операции. УУР С, УДД 3.
- Продолжающееся или неоднократно рецидивирующее кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза — показание к операции; объём включает гастротомию верхней трети тела желудка и прошивание кровоточащих разрывов. УУР С, УДД 5.

## Частые вопросы

**Когда при подозрении на синдром Мэллори–Вейсса нужно делать ЭГДС?**

Всем пациентам с подозрением на кровотечение при СМВ при отсутствии противопоказаний. При остром кровотечении из верхних отделов ЖКТ ЭГДС выполняют экстренно, в течение 2 часов от госпитализации, параллельно интенсивной терапии.

**Какие признаки указывают на высокий риск рецидива кровотечения?**

Указаны коллапс в анамнезе, тяжёлая кровопотеря, тяжёлая сопутствующая патология, лабораторные признаки интенсивного кровотечения, а при ЭГДС — глубокие разрывы и продолжающееся кровотечение.

**Нужен ли эндоскопический гемостаз, если кровотечение уже остановилось?**

Рутинная эндоскопическая профилактика рецидива при остановившемся кровотечении не показана. Основной акцент — медикаментозная профилактика рецидива; контрольную ЭГДС делают при неполноценном осмотре или рецидиве.

**Какой порог гемоглобина для переливания эритроцитов при СМВ?**

Гемотрансфузия показана при Hb <70 г/л. У пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями порог начала переливания может быть выше — 90 г/л.

### Что делать с антитромботическими препаратами при кровотечении?

При кровотечении на фоне постоянного приёма антитромботических средств их прекращают, оценивая баланс риска сердечно-сосудистых осложнений и рецидива кровотечения. Возобновляют приём сразу после достижения устойчивого гемостаза.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1026-sindrom-mellori-vejssa-zheludochno-pishchevodnyj-razryvno. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1026_1